附件

|  |
| --- |
| 2025年抗菌药物临床应用及管理培训班报名表 |
| 填报单位： 填报人： 手机号码：  |
| 单位税号： 接收电子发票邮箱地址：  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 单位名称 | 本人手机号码 |
| 1 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 |
| 13 | 　 | 　 | 　 |
| 14 | 　 | 　 | 　 |
| 15 | 　 | 　 | 　 |